

Format Uitgangsvraag/ module voor richtlijndatabase

*Welke plaats heeft inleiden/sectio voor 37 weken bij vrouwen met zwangerschapscholestase?
Behorende bij NVOG richtlijn Zwangerschapscholestase.*

Leeswijzer:

Onderstaande conceptrichtlijntekst wordt na het doorlopen van de commentaar- en autorisatiefase opgenomen in de Richtlijndatabase (www.richtlijndatabase.nl). Verwijzingen naar 'tabbladen' zijn in de huidige versie van de richtlijntekst terug te vinden in de 'bijlagen' aan het einde van de hoofdtekst.

Uitgangsvraag

Welke plaats heeft inleiden/sectio voor 37 weken bij vrouwen met zwangerschapscholestase?

Aanbeveling

| |
|--|
| Adviseer een bevalling vanaf 37 weken bij een zwangere met cholestase. |
|--|

Inleiding

Zwangerschapscholestase is een aandoening gekarakteriseerd door (intense) jeuk zonder huidafwijkingen (behalve krabeffecten) in combinatie met een verhoogde concentratie van random serumgalzuren. Er bestaat een relatie tussen zwangerschapscholestase en het optreden van foetale complicaties zoals toename van vroeggeboorte, meconiumhoudend vruchtwater en intra-uteriene vruchtdood (IUVD) (**Burrows, 2001, Johnston. 1979**). De richtlijn Zwangerschapscholestase (NVOG 2011) adviseert het moment van bevallen na te streven vanaf 37 weken bij ernstige (galzuren $\geq 40 \mu\text{mol/l}$) en systemisch behandelde zwangerschapscholestase en in andere gevallen de zwangerschap niet voorbij de 40 weken te laten komen. Desondanks is er een risico op een IUVD voor de à terme termijn. Of het prematuur (<AD 37 weken) laten bevallen van deze zwangeren de foetale en neonatale uitkomsten verder verbetert, is niet duidelijk.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Wat zijn de gunstige en/of nadelige effecten van het prematuur (<AD 37 weken) laten bevallen van zwangeren met zwangerschapscholestase ten opzichte van expectatief beleid?

| | |
|-----------------------------|--|
| P (welke patiëntcategorie): | Zwangeren met zwangerschapscholestase bij een AD <37 weken |
| I (welke interventie): | Inleiden/sectio voor 37 weken |
| C (welke comparison): | Expectatief beleid |
| O (welke uitkomstmaten): | Foetale en neonatale mortaliteit, opname neonatale intensive care unit (NICU) en duur van opname |

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte foetale en neonatale mortaliteit voor de besluitvorming kritieke uitkomstmaten; en opname neonatale intensive care unit (NICU) en duur van opname voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

Indien van toepassing:

De werkgroep definieerde de genoemde uitkomstmaten niet a priori, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

Per uitkomstmaat:

Als grens voor de klinisch relevante verschillen werden door de werkgroep voor dichotome uitkomstmaten de default-grenzen van GRADE gehanteerd (een verschil van 25% in het relatief risico (RR=0,75 en RR=1,25; Schünemann, 2013)). Voor de continue uitkomstmaten werd een grens van 0,5 standaarddeviatie aangehouden en voor mortaliteit en blijvend letsel definieerde de werkgroep ieder statistisch significant verschil als klinisch relevant.

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (via OVID) en Embase (via Embase.com) is op 9-3-2016 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, gerandomiseerd gecontroleerde trials en observationeel onderzoek. De search is herhaald op 25-11-2016. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 346 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: systematische reviews (gezocht in ten minste twee databases, gedetailleerde zoekstrategie beschikbaar en risk-of-bias-beoordeling), gerandomiseerde trials of observationele studies waarin patiënten met zwangerschapscholestase participeerden en waarin een vergelijking werd gemaakt tussen prematuur laten bevallen en expectatief beleid. Daarnaast moest ten minste één van bovenstaande (relevante) uitkomstmaten zijn geïnccludeerd. De werkgroep beoordeelde de in de studies gebruikte definitie van zwangerschapscholestase, de hoogte van de galzure zouten was hierbij geen in- of exclusiecriteria. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 37 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 36 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording), en één studie definitief geselecteerd.

Er is één onderzoek opgenomen in de literatuuranalyse. De belangrijkste studiekarakteristieken en resultaten zijn opgenomen in de evidencetabellen. De beoordeling van de individuele studieopzet (risk of bias) is opgenomen in de risk-of-biastabellen.

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

Puljic (2015) heeft een observationele cohortstudie uitgevoerd waarin getracht werd om inzicht te krijgen in de optimale timing van de baring bij vrouwen met zwangerschapscholestase door het risico op foetale en neonatale mortaliteit voor elke week zwangerschapsduur weer te geven. De gegevens van 1.604.386 zwangeren werden geïnccludeerd. Op basis van de ICD-codes werd vastgesteld dat in 5.545 gevallen de zwangerschap gecompliceerd was geweest door zwangerschapscholestase. Puljic (2015) rapporteerde per zwangerschapsweek het risico op foetale mortaliteit (berekend door het aantal gevallen van foetale mortaliteit gedeeld door het aantal lopende zwangerschappen in specifieke weken) en het risico op neonatale sterfte in de week volgend op de geboorte als maat voor risico van de geboorte. Verder definieerde Puljic

(2015) het risico van afwachtend beleid voor een bepaalde week (per 10.000 foetussen *at risk*) als het risico op foetale mortaliteit in desbetreffende week plus het risico op neonatale mortaliteit in de daaropvolgende week (als maat voor risico van geboorte). Helaas werden er verder geen gegevens gerapporteerd over het aantal baringen per week en het aantal foetale en neonatale mortaliteit per week. De statistische analyses zijn onduidelijk.

Resultaten

Foetale mortaliteit en neonatale mortaliteit

Puljic (2015) rapporteerde dat de foetale mortaliteit (per 10.000 doorgaande zwangerschappen) tussen 34 en 40 zwangerschapsweken bij vrouwen met zwangerschapscholestase hoger was dan bij vrouwen zonder zwangerschapscholestase. Vanaf 36 weken zwangerschapsduur is het risico van geboorte (weergegeven als neonatale sterfte per 10.000 levendgeborenen) bij vrouwen met zwangerschapscholestase lager dan het risico op sterfte bij afwachtend beleid. Voor een uitgebreid overzicht van de resultaten verwijzen wij naar de evidencetabel.

Opname neonatale intensive care unit (NICU)

Puljic (2015) heeft geen gegevens over het aantal opnames op de NICU gerapporteerd.

Duur van opname NICU

Puljic (2015) heeft geen gegevens over de duur van opname op de NICU gerapporteerd.

Bewijskracht van de literatuur

Gezien de onduidelijke/afwezige statistische analyses en gezien de onduidelijkheid over het aantal keer voorkomen van de foetale en neonatale mortaliteit en het aantal vrouwen dat bij een betreffende zwangerschapsduur is bevallen, is er besloten om de bewijskracht van de uitkomstmaat 'foetale en neonatale mortaliteit' niet te graderen.

De bewijskracht voor de uitkomstmaten opname op de NICU en opnameduur van de NICU-opname kunnen niet worden gegradeerd wegens het ontbreken van data.

Conclusie

| | |
|-------------------|---|
| Geen GRADE | Vanwege het ontbreken van gegevens is het niet mogelijk om conclusies te trekken over het effect van inleiden/sectio voor 37 weken ten opzichte van expectatief beleid op de foetale en neonatale mortaliteit, het aantal NICU-opnames en de duur van de NICU-opname bij vrouwen met zwangerschapscholestase. |
|-------------------|---|

Overwegingen

Door het gebrek aan bewijskracht zijn er geen overtuigende argumenten om de zwangerschap bij zwangerschapscholestase in alle gevallen prematuur (voor 37 weken) te beëindigen. In een groot cohortonderzoek was vanaf 36 weken het risico van geboorte (weergegeven als risico op neonatale sterfte in de 1^e week) lager dan het risico van foetale sterfte bij afwachtend beleid (Puljic, 2015). Echter onduidelijkheden in de beschrijving van het cohort, de analyses en de risico's van (iatrogene) prematuriteit, maken dat er geen aanbevelingen kunnen worden gedaan op basis van deze studie.

De werkgroep ziet gezien de afwezigheid van hard bewijs voor het verhoogde risico op foetale sterfte vanaf 36 weken geen aanleiding om het huidige beleid van bevalling vanaf 37 weken te wijzigen.

Bij de beantwoording van deze uitgangsvraag zijn de hoogte van galzure zouten en de invloed van andere zwangerschapscomplicaties niet meegenomen.

Aanbeveling

| |
|--|
| Adviseer een bevalling vanaf 37 weken bij een zwangere met cholestase. |
|--|

Samenstelling van de werkgroep

Werkgroep

- Dr. D.E. Wijnberger, gynaecoloog-perinatoloog, Rijnstate, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie
- Dr. I.M. Evers, gynaecoloog-perinatoloog, Meander MC, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie
- Dr. A.C.B. Coumans, gynaecoloog-perinatoloog, MUMC+, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

Meelezers:

- Leden van de Otterlo werkgroep (2016-2018)

Met ondersteuning van:

- A. Rozeboom, junior adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (tot november 2017)
- Dr. S. Persoon, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Dr. E.M.E. den Breejen, senior adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Met dank aan:

- *K. Bucks, student A-KO, Universiteit Maastricht*

Belangenverklaringen

De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen. (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij de NVOG.

| Werkgroeplid | Functie | Nevenfuncties | Gemelde belangen | Ondernomen actie |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|------------------|------------------|
| Dr. D.E. Wijnberger | gynaecoloog-perinatoloog | Lid Otterlo werkgroep | geen | geen |
| Dr. I.M. Evers | gynaecoloog-perinatoloog | Lid Otterlo werkgroep | geen | Geen |
| Dr. A.C.B. Coumans | gynaecoloog-perinatoloog | Lid Otterlo werkgroep | geen | geen |

Inbreng patiëntenperspectief

Met de Patiëntenfederatie Nederland heeft gedurende het ontwikkelproces contact plaatsgevonden over het patiëntenperspectief. De conceptmodule is voor commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland.

Inbreng andere partijen

Aan de NVK en KNOV is de conceptmodule voor commentaar voorgelegd.

© 2018 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

Postbus 20075

3502 LB Utrecht <http://www.nvog.nl>

Versie: augustus 2018

Disclaimer

NVOG-modules beschrijven een minimum van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter. Een gynaecoloog kan geargumenteed afwijken van een richtlijn/module wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn niet mogelijk is.

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijn(modules), modelprotocollen, leidraden etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).

BIJLAGEN

Kennislacunes

Het is niet onderzocht of een baring voor 37 weken tot een verbetering of een verslechtering van de neonatale uitkomsten (foetale en neonatale mortaliteit en opname op de NICU) leidt.

Implementatie

| Aanbeveling | Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar | Verwacht effect op kosten | Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad) | Mogelijke barrières voor implementatie ¹ | Te ondernemen acties voor implementatie ² | Verantwoordelijken voor acties ³ | Overige opmerkingen |
|---|--|---------------------------|---|---|--|---|---------------------|
| Adviseer een bevalling vanaf 37 weken bij zwangeren met cholestase. | <1 jaar | - | Implementatie richtlijnmodule door gynaecologen | - | - | Gynaecoloog | - |

¹ Barrières kunnen zich bevinden op het niveau van de professional, op het niveau van de organisatie (het ziekenhuis) of op het niveau van het systeem (buiten het ziekenhuis). Denk bijvoorbeeld aan onenigheid in het land m.b.t. de aanbeveling, onvoldoende motivatie of kennis bij de specialist, onvoldoende faciliteiten of personeel, nodige concentratie van zorg, kosten, slechte samenwerking tussen disciplines, nodige taakherschikking, etc.

² Denk aan acties die noodzakelijk zijn voor implementatie, maar ook acties die mogelijk zijn om de implementatie te bevorderen. Denk bijvoorbeeld aan controleren aanbeveling tijdens kwaliteitsvisite, publicatie van de richtlijn, ontwikkelen van implementatietools, informeren van ziekenhuisbestuurders, regelen van goede vergoeding voor een bepaald type behandeling, maken van samenwerkingsafspraken.

³ Wie de verantwoordelijkheden draagt voor implementatie van de aanbevelingen, zal tevens afhankelijk zijn van het niveau waarop zich barrières bevinden. Barrières op het niveau van de professional zullen vaak opgelost moeten worden door de beroepsvereniging. Barrières op het niveau van de organisatie zullen vaak onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbestuurders vallen. Bij het oplossen van barrières op het niveau van het systeem zijn ook andere partijen, zoals de NZA en zorgverzekeraars, van belang.

Literatuur

Puljic A, Kim E, Page J, Esakoff T, Shaffer B, LaCoursiere DY, et al. The risk of infant and fetal death by each additional week of expectant management in intrahepatic cholestasis of pregnancy by gestational age. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2015;212(5):667.e1-5.

Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Evidencetabellen

| Study reference | Study characteristics | Patient characteristics ² | Follow-up | Outcome measures and effect size ⁴ | Comments |
|-----------------|---|---|--|---|----------|
| Puljic (2015) | <p>Type of study: Retrospective cohort</p> <p>Setting: Administrative data</p> <p>Country: USA (California)</p> <p>Source of funding: No conflict of interest</p> | <p>Inclusion criteria: Women between 34 and 40 weeks' gestation with and without ICP.</p> <p>Exclusion criteria: Multiple gestations and congenital anomalies.</p> <p>N total at baseline: N=1.604.386 N with ICP= 5545 N without ICP= 1.598.841</p> | <p>Length of follow-up: Starting 9 month prior to delivery and up to 1 year after delivery.</p> <p>Loss-to-follow-up: No information</p> <p>Incomplete outcome data: No information</p> | <p>Outcome measures:</p> <p><u>Stillbirth (fetal demise at or after 20 weeks' gestation) per 10.000 ongoing pregnancies (95% CI)</u></p> <p>ICP Wk 34: 2.3 (0.0-6.2) Wk 35: 4.4 (0.0-6.2) Wk 36: 6.8 (0.0-13.8) Wk 37: 8.0 (0.0-16.0) Wk 38: 4.7 (0.0-11.9) Wk 39: 11.1 (0.0-25.1) Wk 40: 26.5 (0.0-56.5)</p> <p>Without ICP Wk 34: 1.7 (1.5-1.9) Wk 35: 1.9 (1.7-2.1) Wk 36: 2.1 (1.9-2.3)</p> <p><u>Infant death per 10.000 live births (95% CI)</u></p> <p>ICP Wk 34: 22.2 (10.2-34.2) Wk 35: 26.9 (13.5-40.3) Wk 36: 4.7 (0.0-10.5) Wk 37: 12.3 (2.4-22.3) Wk 38: 13.7 (1.5-26.0) Wk 39: 18.3 (0.5-36.2) Wk 40: 22.5 (0.0-50.2)</p> <p>Without ICP Wk 34: 42.1 (41.1-43.0) Wk 35: 27.1 (26.4-27.9) Wk 36: 22.9 (22.2-23.6) Wk 37: 18.0 (17.3;18.6) Wk 40: 10.4 (9.8;11.0)</p> <p><u>Risk of expectant management</u> (risk of stillbirth at this week + risk of infant death in succeeding week)</p> <p>ICP Wk 34: 29.2 (15.5;43.0) Wk 35: 9.1 (1.4;16.9) Wk 36: 19.2 (7.6;30.8) Wk 37: 21.7 (8.5;35.0) Wk 40: 25.2 (0.0;54.51)</p> <p>Without ICP Wk 34: 28.8 (28.0;29.6) Wk 35: 24.7 (24.0;25.5) Wk 36: 20.0 (19.4;20.7) Wk 37: 14.1 (13.5;14.6) Wk 40: 5.8 (5.3;6.4)</p> | |

Notes:

1. Prognostic balance between treatment groups is usually guaranteed in randomized studies, but non-randomized (observational) studies require matching of patients between treatment groups (case-control studies) or multivariate adjustment for prognostic factors (confounders) (cohort studies); the evidence table should contain sufficient details on these procedures
2. Provide data per treatment group on the most important prognostic factors [(potential) confounders]
3. For case-control studies, provide sufficient detail on the procedure used to match cases and controls
4. For cohort studies, provide sufficient detail on the (multivariate) analyses used to adjust for (potential) confounders

| Study reference (first author, year of publication) | Bias due to a non-representative or ill-defined sample of patients? ¹ (unlikely/likely/unclear) | Bias due to insufficiently long, or incomplete follow-up, or differences in follow-up between treatment groups? ² (unlikely/likely/unclear) | Bias due to ill-defined or inadequately measured outcome ? ³ (unlikely/likely/unclear) | Bias due to inadequate adjustment for all important prognostic factors? ⁴ (unlikely/likely/unclear) |
|---|--|---|---|--|
| Puljic (2015) | <u>Unclear</u> There might have been a problem with undercoding. Furthermore, we don't have insight in the number of stillbirths, infant deaths and number of women that delivered in a specific week of gestation. | <u>Unclear</u> The length of follow-up was 9 month prior to delivery and up to one year after delivery. There is however no information on loss-to-follow-up and also no information on incomplete outcome data. | <u>Unclear</u> | <u>Unlikely</u> Multiple gestations and congenital anomalies were excluded at baseline. They also controlled for the following confounders: race, maternal age, chronic hypertension, diabetes, gestational diabetes, nulliparous status and limited prenatal care. |

1. Failure to develop and apply appropriate eligibility criteria: a) case-control study: under- or over-matching in case-control studies; b) cohort study: selection of exposed and unexposed from different populations.
2. Bias is likely if: the percentage of patients lost to follow-up is large; or differs between treatment groups; or the reasons for loss to follow-up differ between treatment groups; or length of follow-up differs between treatment groups or is too short. The risk of bias is unclear if: the number of patients lost to follow-up; or the reasons why, are not reported.
3. Flawed measurement, or differences in measurement of outcome in treatment and control group; bias may also result from a lack of blinding of those assessing outcomes (detection or information bias). If a study has hard (objective) outcome measures, like death, blinding of outcome assessment is not necessary. If a study has "soft" (subjective) outcome measures, like the assessment of an X-ray, blinding of outcome assessment is necessary.
4. Failure to adequately measure all known prognostic factors and/or failure to adequately adjust for these factors in multivariate statistical analysis.

Exclusietabel

Tabel Exclusie na het lezen van het volledige artikel

| Auteur en jaartal | Redenen van exclusie |
|----------------------|--|
| 1. Friberg. 2016 | Vergelijking tussen ernst van de zwangerschapscholestase. Het beleid in de groepen verschilden. Vrouwen werden in principe niet preterme ingeleid. |
| 2. Sharma N. 2015 | Geen inductie vóór 37 weken. |
| 3. Bull LN. 2014 | Author Manuscript, referentie naar Geenes V. 2014 (ook in deze tabel) |
| 4. Chappell LC. 2012 | Geen inductie vóór 37 weken. |
| 5. Deveer R. 2011 | Geen inductie vóór 37 weken. |
| 6. Gurung V. 2009 | Geen resultaten, alleen uitleg over studiedesign. |
| 7. Kenyon AP. 2002 | Geen controlegroep. |

| | | |
|-----|-------------------------------|--|
| 8. | Reyes H. 2016 | Brief aan de editors. |
| 9. | Rezai S. 2015 | Brief aan de editors. |
| 10. | Page G. 2015 | Letter to the editors. |
| 11. | Ozkan S. 2015 | Geen subanalyse voor preterme bevalling. |
| 12. | Madazli R. 2015 | Geen controlegroep. |
| 13. | Gabzdyl EM. 2015 | Geen subanalyse voor preterme bevalling. |
| 14. | Bacak SJ. 2015 | Review over Roncaglia N. 2002 en Lo JO. 2014 (beiden in deze tabel). |
| 15. | Williamson C. 2014 | Geen subanalyse voor preterme bevalling. |
| 16. | Henderson CE. 2014 | Geen subanalyse voor preterme bevalling. |
| 17. | Wikstrom Shemer E. 2013 | Geen subanalyse voor preterme bevalling. |
| 18. | Pata O. 2011 | Voldoet niet aan de uitkomstmaten volgens de PICO. |
| 19. | Al Shobaili HA. 2011 | Geen subanalyse voor preterme bevalling. |
| 20. | Pathak B. 2010 | Geen inductie vóór 37 weken. |
| 21. | Pouseele B. 2008 | Review. Refereert naar Williamson C. 2004 (ook in deze tabel). |
| 22. | Lausman AY. 2008 | Meerlingenzwangerschap. |
| 23. | Daniilidis A. 2008 | Geen subanalyse voor preterme bevalling. |
| 24. | Kondrackiene J. 2007 | Voldoet niet aan de uitkomstmaten volgens de PICO. |
| 25. | Williamson C. 2004 | Geen inductie vóór 37 weken. |
| 26. | Tan LK. 2003 | Review. Refereert naar Alsulyman OM. 1996, Roncaglia N. 2002 en Kenyon AP. 2002 (alle drie in deze tabel). |
| 27. | Muammar B. 2003 | Case report over twee cases. |
| 28. | Roncaglia N. 2002 | Geen inductie vóór 37 weken. |
| 29. | Palmer DG. 2000 | Geen subanalyse voor preterme bevalling. |
| 30. | McDonald JA. 1999 | Geen subanalyse voor preterme bevalling. |

| | | |
|-----|-----------------------|---|
| 31. | Heinonen S. 1999 | Geen subanalyse voor preterme bevalling. |
| 32. | Alsulyman OM. 1996 | Geen duidelijke diagnose van cholestase. |
| 33. | Geenes V. 2014 | Controlegroep bestaat uit gezonde vrouwen zonder ICP. |
| 34. | Lo JO. 2014 | Decision-analytic model van een hypothetisch cohort met de baseline incidentie van de uitkomstmaat IUFD gebaseerd op literatuur review. |
| 35. | Ovadia C. | Review. Refereert naar Puljic A. 2015 en Lo JO. 2015 (beiden in deze tabel). |
| 36. | Zhou DX. 2016 | Voldoet niet aan de uitkomstmaten volgens de PICO. |

Zoekverantwoording

| | |
|---|-----------------------------|
| Uitgangsvraag: Masterplan Klein UV7: Moet men vrouwen met zwangerschapscholestase prematuur laten bevallen? | |
| Database(s): Medline en Embase | Datum: 09-03-2016 |
| Periode: > 1995 | Talen: Engels en Nederlands |

| Database | Zoektermen | Totaal |
|--|---|--------|
| Medline (OVID) 1995 – maart 2016 | exp Cholestasis/ or exp Cholestasis, Intrahepatic/ or cholestas*.ab,ti. AND (exp Obstetrics/ or obstetric*.ab,ti. or exp Pregnancy/ or exp Pregnant Women/ or pregnan*.ab,ti. or gestation*.ab,ti.) AND (exp Obstetric Labor, Premature/ or exp Labor, Induced/ or preterm*.ab,ti. or induct*.ab,ti.) limit to (yr="1995 -Current" and (dutch or english)) not (Comment/ or Editorial/ or Letter/ or (animals/ not humans/)) = 166 | 315 |
| Embase (Elsevier) | 'cholestasis'/exp OR cholestas*:ab,ti OR 'intrahepatic cholestasis'/exp AND ('obstetrics'/exp OR obstetric*:ab,ti OR 'pregnant woman'/exp OR 'pregnancy'/exp OR pregnan*:ab,ti OR gestation*:ab,ti) AND ('premature labor'/exp OR preterm*:ab,ti OR 'labor induction'/exp OR induct*:ab,ti) AND [1995-2016]/py AND ([dutch]/lim OR [english]/lim) NOT 'conference abstract':it = 298 | |

Figuur 1.

PRISMA Flow Diagram

